UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 1

A PROPOS DU DIAGNOSTIC

DES

ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES

DEUX OBSERVATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Novembre 1920

PAR

Jules-Etienne TARBOURIECH

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE CETTE ET DES ASILES PUBLICS DU CHER
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (3 CITATIONS)
DE LA MÉDAILLE D'ARGENT DES ÉPIDÉMIES, ET DE L'ORDRE DE SAINT-SAVA DE SERBIE

Né à Tarascon-sur-Rhône, le 11 janvier 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
GRANEL, professeur.
RIMBAUD, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

A PROPOS DU DIAGNOSTIC

DES

ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES

DEUX OBSERVATIONS

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MEDECINE

N° 1

A PROPOS DU DIAGNOSTIC

DES

ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES

DEUX OBSERVATIONS

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 18 Novembre 1920

PAR

Jules-Etienne TARBOURIECH

EX-INTERNE DES HOPITAUX DE CETTE ET DES ASILES PUBLICS DU CHER
DÉCORÉ DE LA CROIX DE GUERRE (3 CITATIONS)
DE LA MÉDAILLE D'ARGENT DES ÉPIDÉMIES ET DE L'ORDRE DE SAINT-SAVA DE SERBIE

Né à Tarascon-sur-Rhône, le 11 janvier 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

FORGUE, professeur, *Président.*
GRANEL, professeur.
RIMBAUD, agrégé.
ETIENNE, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1920

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM	N.....	DOYEN.
	FORGUE (O ✲).....	ASSESSEUR.
	N.....	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM	TEDENAT (O ✲)
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....		MAIRET (✲).
Physique médicale.....		IMBERT (✲).
Botanique et histoire naturelle médicales.....		GRANEL.
Clinique chirurgicale.....		FORGUE (O ✲).
Clinique ophtalmologique.....		TRUC (O ✲).
Physiologie.....		HEDON (✲).
Histologie.....		VIALLETON.
Clinique médicale		DUCAMP (✲).
Anatomie.....		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....		ESTOR.
Clinique des maladies des enfants.....		BAUMEL (✲).
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOSC.
Hygiène.....		BERTIN-SANS (H)
Clinique obstétricale.....		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale.....		VIRES (✲).
Anatomie pathologique.....		MASSABUAU (✲) ⚚.
Chimie biologique et médicale.....		DERBIEN (⚚)
Microbiologie.....		LISBONNE.
Pathologie interne.....		N...
Clinique médicale.....		VEDEL.
Médecine légale et toxicologie.....		N...
Clinique gynecologique.....		DE ROUVILLE
Clinique d'oto-rhino.....		MOURET.

Doyens honoraires : MM. VIALLETON, MAIRET.

Professeur honoraire : M. E. BERTIN-SANS (✲).

Secrétaires honoraires : MM GOT, IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	N...
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU (O✲, ⚚, a. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, ✲, ⚚, a. l. (ch. de c.)
Pathologie externe.....	ETIENNE, agrégé (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards	EUZIERE, agrégé (ch. de c.)
Accouchements	P. DELMAS, agrégé (ch. de c.)
Matière médicale.....	N...
Stomatologie.....	WATON ✲ (⚚), doct (ch. de c.)

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM ETIENNE.
GRYNFELTT (✲).	P. DELMAS.	MESTREZAT
LEENHARDT.	EUZIERE.	LAPEYRE.
GAUSSEL (✲ ⚚).	J. DELMAS (⚚).	MARGAROT.
RICHE (✲)	RIMBAUD ✲.	STROHL.

Examinateurs de la thèse

MM. FORGUE, profes., *president.* — MM. RIMBAUD, agrégé.
GRANEL, professeur. — ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Avec notre amour le plus profond, nous ne lui serons jamais assez reconnaissant de ses sacrifices, de sa bonté, de son infinie tendresse pour nous.

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

Me EUGÈNE BOYER

GLORIEUX MUTILÉ DE LA GUERRE

Admiration et sentiments le plus affectueusement fraternels.

A MA TANTE Mlle GABRIELLE JULLIEN

A MA TANTE ET A MON ONCLE F. TARBOURIECH

A MES COUSINES ET COUSINS

A MES PARENTS

Hommage de ma vive affection.

ET. TARBOURIECH.

AVANT-PROPOS

Au moment de publier ce travail, nous ne pouvons manquer au devoir agréable de remercier tous les Maîtres qui, au cours de nos études, à la Faculté ou dans les Hôpitaux, nous ont donné leur enseignement.

A Monsieur le professeur Forgue, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté, officier de la Légion d'honneur, *qui, après nous avoir inspiré si obligeamment le sujet de la thèse, a bien voulu nous faire l'honneur de présider à sa soutenance, nous exprimons notre respectueuse reconnaissance.*

Un tribut de particulière gratitude revient à Monsieur le professeur Granel, professeur d'histoire naturelle médicale à la Faculté, *qui eut tant de bontés à notre égard. C'est une douce satisfaction pour nous de le trouver associé au couronnement de nos actes scolaires et nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre très respectueux attachement.*

A Messieurs les professeurs agrégés Rimbaud, chevalier de la Légion d'honneur, et Etienne, *dont nous avons eu l'avantage de suivre régulièrement les leçons cliniques, nous devons nos sincères remerciements pour leur enseignement aussi bien que pour leur bienveillance à notre égard.*

Nous n'oublions pas Monsieur le docteur J.-M. PETIT, médecin en chef des hôpitaux de Cette, *qui, au cours de nos années d'internat, nous a prodigué sa sympathie et son amitié; en le remerciant de ses enseignements cliniques et de l'initiative qu'il nous a toujours laissée dans son service, nous lui renouvelons l'assurance de notre profonde reconnaissance.*

Messieurs les médecins-maors BLAN et BOURSIER DE LA ROCHE *qui, durant notre longue campagne aux Dardanelles ou en Serbie, ont été pour nous les chefs les plus aimables en même temps que très soucieux d'entretenir notre instruction professionnelle, nous adressons en cette occasion, l'expression de notre très vive sympathie.*

Enfin, que tous nos Amis que tous ceux qui de loin ou de près se sont intéressés à nous et se sont associés avec une constante amitié à nos joies comme à nos peines, reçoivent, au moment où les circonstances de la vie vont nous séparer, l'assurance de notre souvenir ému et de notre dévouement.

A PROPOS DU DIAGNOSTIC

DES

ABCÈS SOUS-PHRÉNIQUES

DEUX OBSERVATIONS

INTRODUCTION

La très grande variabilité du tableau symptomatologique des abcès sous-phréniques pose fréquemment en clinique un problème de diagnostic d'autant plus délicat à résoudre que sa précocité est, suivant l'expression de Lejard « le facteur principal de la guérison ». Dans bien des cas, l'existence d'une collection suppurée ne fait aucun doute l'état général du malade, la courbe thermique, l'évolution de la maladie, permettent au chirurgien de soupçonner une poche purulente qu'il convient de drainer. Mais les difficultés commencent quand il s'agit de préciser la situation exacte de la collection par rapport au diaphragme, et de choisir la voie d'accès la plus favorable et la moins dangereuse. Nous laisserons de côté les cas où l'abcès se montre à l'épigastre ou déboîte les fausses

côtes ; il se révèle, dans ces conditions, par un ensemble de signes convaincants, et le diagnostic en est facile. Mais nous aurons en vue ceux, au contraire, se cachant très haut sous la voûte diaphragmatique, ne manifestant leur existence par aucun symptôme révélateur, s'accompagnant des signes trompeurs d'une collection thoracique. Dans ces cas, les difficultés rencontrées par le clinicien tiennent pour la plupart à la topographie de la région si délicate que Lejars dénomme « *zone frontière abdomino-thoracique* ». A son niveau, le gril costal oppose à notre exploration une barrière qui en rend l'accès difficile. Seul l'épigastre est directement palpable, mais son exploration renseigne peu sur l'état de la voûte diaphragmatique. De plus, le diaphragme, peu épais, n'offre que peu de résistance au développement des collections sous-jacentes. Il se laisse refouler en haut facilement par elles, de sorte que ces foyers de suppuration qui, anatomiquement, dépendent de l'abdomen, se manifestent en clinique par un syndrome thoracique. Enfin les analogies très grandes qu'offrent les affections inflammatoires des organes du thorax et des organes de l'étage sus-mésocolique, contribuent à obscurcir encore les signes différentiels des affections inflammatoires de cette zone frontière et à expliquer le nombre d'erreurs qui ont été commises.

Nous bornerons donc notre étude au diagnostic des abcès sous-phréniques à développement thoracique, à ceux qui répondent à la définition si judicieuse de Leyden.

« Sous le nom de pyopneumothorax et de pyothorax sous-phréniques, je comprends, dit cet auteur, l'existence de grosses cavités pleines de pus et de gaz ou de pus seul, développées sous le diaphragme, de sorte qu'elles peuvent envahir plus ou moins la cavité thoracique et donner des symptômes physiques éclatants, très semblables à ceux du

vrai pyopneumothorax ou du pyothorax et susceptibles d'être confondues avec eux ».

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le professeur Forgue, deux cas d'abcès sous-phréniques répondant à cette définition. Dans les deux cas, le diagnostic en fut très difficile, dans l'un même l'affection en imposait jusque dans l'examen du pus retiré par ponction exploratrice pour une pleurésie purulente. Nous devons à l'obligeance de notre Maître de pouvoir publier aujourd'hui ces deux observations inédites, Nous ne prétendons pas, à leur propos, retracer le tableau clinique et étudier l'ensemble des symptômes de toutes les formes des abcès sous-phréniques. Nous n'aurions rien à ajouter aux articles complets des auteurs qui ont étudié la question à l'ordre du jour pendant ces dernières années. Et nous espérons que, par la publication de ces deux faits cliniques, et par leur discussion, nous contribuons un peu à l'étude de cette affection dont le diagnostic est bien souvent encore une trouvaille d'autopsie.

Observation Première

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

A. J..., cultivateur, 44 ans, entre le 10 juillet 1919 dans le service de M. le professeur Forgue, salle Delpech, n° 7. Il a été mobilisé en 1914 et n'a jamais été malade jusqu'en 1917. Il se plaint à cette époque d'une douleur dans l'hypochondre droit et constate une tuméfaction de la région qui augmente progressivement. Il est opéré dans le courant de l'année à Marseille d'un kyste hydatique du foie, nous dit-il, dont les suites opératoires sont normales. Le kyste a été drainé, la cicatrisation en est simple après un petit abcès de la paroi, et il est envoyé en convalescence un mois et demi après son entrée à l'hôpital, puis réformé temporairement.

Sa santé est parfaite jusqu'en avril 1919. A cette époque refroidissement et crises de violentes coliques. Douleurs très vives localisées à l'hypochondre droit, irradiées à l'épaule droite. Température autour de 39°. Il ne présente pas de vomissements, ni de nausées. Il n'a pas de constipation. Pas d'ictère, ni de décoloration des matières. Urines normales ; pas de sable.

Il est admis à l'hôpital de T... le 3 avril 1919. Il est mis au régime lacté et purgé. Son état semble s'améliorer mais il continue à souffrir par intermittences de douleurs dans l'hypochondre droit avec irradiations scapulaires homonymes. La température se maintient, oscillant entre 37°4 le matin et 38°5 le soir.

Le 13 mai, crise d'étouffement, dyspnée extrême, douleur très violente, toujours dans l'hypochondre droit, qui n'est pas calmée par une injection de morphine. Il ne crache ni ne tousse, mais la température atteint 40°7 le premier soir. Elle redescend le surlendemain à 37° et les symptômes violents s'amendent sans disparaître complètement.

Depuis cette époque en effet l'état fébrile se maintient avec un caractère plutôt rémittent (la température oscille entre 37° le matin et 38°5 ou 39° le soir). Une douleur à peu près constante siège dans l'hypocondre droit et dans l'hémithorax avec irradiations dans l'épaule homonyme. Il ne tousse pas, ne crache pas. N'a jamais eu de vomique, mais la gêne respiratoire est à peu près constante avec quelques accès de suffocation.

A son entrée dans le service de M. le professeur Forgue, le malade nous met sous les yeux sa courbe de température longue de trois mois et demi avec les caractères que nous avons signalés. Son état général est mauvais, il est amaigri, présente un teint jaune. Il est dyspnéique et incapable d'un effort et présente de l'œdème des membres inférieurs. L'appétit est bien diminué. Il se plaint de ballonnement après les repas. Selles assez régulières avec alternatives de diarrhée et de constipation.

Urine normalement. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

L'examen est pratiqué par M. le professeur Forgue le 12 juillet 1919. Au niveau de l'hypocondre droit, cicatrice opératoire de l'intervention de 1917. L'hypocondre droit est le siège d'une voussure très nettement perceptible. L'hémithorax correspondant est élargi à sa base et les côtes inférieures immobilisées au cours des mouvements respiratoires. La voussure atteint en bas l'horizontale, passant à deux travers de doigts au-dessous des septièmes

côtes. A son niveau, la peau est tendue, vernissée, avec dilatation des veines superficielles, mais de coloration normale. La palpation est douloureuse, la région est tendue, mais ne présente pas d'empâtement, pas d'œdème, pas de fluctuation.

A la percussion, matité remontant au niveau du mamelon, descendant à la limite inférieure de la voussure. Elle est limitée en dedans pas une zone sonore et séparée d'elle par une ligne courbe qui, partie du mamelon, descend en s'arrondissant vers l'épigastre. En dehors, elle atteint la ligne axillaire postérieure. Pas de frémissement, ni de choc de retour. L'abdomen est normal dans le reste de son étendue.

L'appareil pulmonaire ne présente rien de particulier. La base droite est sonore avec seulement quelques frottements à l'auscultation. Le cœur est normal. Le pouls bat à 92.

En présence de ces symptômes, M. le professeur Forgue porte le diagnostic d'abcès sous-phrénique droit.

Intervention le 20 juillet 1919 sous anesthésie générale au chlorure d'éthyle à doses discontinues. Incision verticale de l'hypocondre droit de 8 centimètres de long, sur la ligne mamelonnaire partant des fausses côtes. Découverte d'une énorme collection sous-phrénique de deux litres environ d'un pus fétide. La poche est évacuée de son contenu. Le diagnostic pré-opératoire est vérifié et on met en place deux gros drains sur lesquels la paroi est très rapidement refermée.

Les jours suivants, la température devient rapidement normale. L'état général s'améliore rapidement avec un régime approprié (suralimentation, alcool, toniques). Les pansements sont assez rares grâce à un système de siphonage adapté à l'extrémité des drains. Au vingtième jour,

l'écoulement est tari et les drains sont enlevés. Le malade sort guéri le 20 août 1919.

Observation II

(Due à l'obligeance de M. le professeur Forgue)

Le 27 août 1919 entre, dans le service de M. le professeur Forgue, le nommé S. L.., 45 ans, cultivateur, sujet espagnol, venant d'un service de médecine, avec le diagnostic de pleurésie purulente.

Le malade s'exprimant très mal et dont il est difficile d'avoir des renseignements sur son état antérieur, nous dit cependant que le début de sa maladie remonte à deux mois et demi. Il aurait ressenti à ce moment des douleurs abdominales très vives, généralisées à tout le ventre. Elles ont commencé brusquement, se sont montrées très intenses dès le début. Elles se sont accompagnées de constipation opiniâtre, si bien qu'un médecin appelé pense d'abord à une occlusion intestinale et le traite en conséquence.

Sous l'influence du traitement le cours des matières se rétablit et à la constipation succède une diarrhée profuse qui ne s'est jamais accompagnée d'expulsion de sang. L'état général s'améliore un peu. Les douleurs abdominales disparaissent, mais le malade conserve toujours un point douloureux dans le côté gauche. Il tousse et crache légèrement et présente à ce moment deux vomiques (?) assez abondantes à un jour d'intervalle, interprétées comme telles par son médecin, nous dit-il, qui l'envoie dans un service de médecine de l'Hôpital Suburbain avec le diagnostic de pleurésie purulente.

Aussitôt entré, le diagnostic de pleurésie enkystée de la base gauche est porté et paraît confirmé par une ponction

exploratrice qui permet de retirer 400 centimètres cubes d'un pus épais et crémeux. Le laboratoire des cliniques, à qui on en adresse des échantillons répond : *présence de très nombreux pneumocoques.*

Du 2 au 26 août, l'état général décline sensiblement. Le malade présente toujours une diarrhée abondante, les selles sont nombreuses (dix à douze dans les vingt-quatre heures), il ne mange pas. La température se maintient matin et soir aux environs de 38°, cependant que la toux et l'expectoration persistent avec les mêmes caractères qu'au début. Le malade se plaint toujours de son côté gauche et à l'examen, les signes d'un épanchement pleural gauche sont décélés, invariables, à chaque visite.

Le 27 août, il est dirigé sur le service de M. le professeur Forgue pour intervention.

L'état général est très mauvais, le malade présente le teint jaune des grands infectés, ne mange pas et répond avec difficulté aux questions qu'on lui pose. La température se maintient aux environs de 38° ; la courbe ne présente pas d'oscillations caractéristiques. Le pouls est à 120.

A l'examen, on constate une voussure du côté gauche depuis la septième côte à la base du thorax. De plus, l'ampliation du thorax à chaque mouvement respiratoire est bien diminuée à gauche et à la base.

A la percussion, matité de toute la base gauche remontant à l'horizontale, passant par la septième côte gauche. Au dessus, sonorité normale et même sensiblement exagérée. Les vibrations sont abolies au niveau de la matité. Rien au poumon droit.

A l'auscultation, silence respiratoire complet, occupant toute la base gauche, pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone, pas de retentissement de la voix ou de la toux. Ces signes occupent exactement la zone mate et au-dessus d'elle

sans transition, on retrouve une respiration normale ou même exagérée. Le poumon droit est normal.

Cœur : bruits assourdis, rapides (120) ; rythme sensiblement embryonnaire ; pas de bruits anormaux.

L'abdomen est un peu ballonné, mais souple dans son ensemble. La matité hépatique est augmentée. Pas de matité splénique. L'hypocondre gauche est un peu douloureux à une pression profonde, mais de sonorité normale.

Intervention le 30 août 1919 sous anesthésie générale par bouffées de chlorure d'éthyle.

Large lambeau cutané postéro-latéral de l'hémithorax gauche. Résection des huitième, neuvième et dixième côtes ; ouverture de la plèvre. Le pneumothorax se produit immédiatement sans issue de liquide. On explore rapidement de la main toute la cavité pleurale qui est libre et sauf quelques adhérences à la base on ne découvre aucune collection, soit dans la grande cavité soit dans les scissures. Cependant, on note une ascension sensible du diaphragme. Et on se rend compte de la possibilité d'une collection sous-diaphragmatique. Mais le malade régurgite à ce moment, à plusieurs reprises, une grosse quantité de pus très fétide (300 grammes environ chaque fois). Cet accident provoque des troubles asphyxiques qui ne permettent pas de continuer l'anesthésie. Malgré la rapidité des manœuvres antérieures, l'état du malade ne permet pas qu'on prolonge l'intervention et surtout qu'on explore la cavité abdominale. On referme très vite la brèche pleurale et la paroi, se proposant d'intervenir dans un second temps. L'état général devient mauvais le second jour après l'intervention et le malade succombe le 3 septembre 1919.

Autopsie. — Montre l'intégrité du poumon et de la plèvre. Par contre, on découvre sous l'hémidiaphragme gauche, une énorme collection contenant du pus horriblement

fétide. Cet abcès est limité en haut par le diaphragme, en dehors par le péritoine pariétal. Il adhère intimement à la rate, à l'estomac et à la face inférieure du lobe gauche du foie, il descend en bas jusqu'au côlon transverse et son mésocôlon auxquels il est intimement fixé par des adhérences. Après évacuation de son contenu, on constate qu'il communique avec l'estomac par un orifice ovalaire de la dimension d'une pièce de un franc à bords nets taillés à l'emporte-pièce siégeant sur la partie moyenne de la grande courbure. Le foie est sensiblement augmenté de volume, dur à la coupe. Sa face inférieure est très adhérente à l'estomac et à la paroi de l'abcès. D'ailleurs des adhérences inflammatoires fixent entre eux les organes de l'étage sus-mésocolique.

On se trouve donc en présence d'un abcès sous-phrénique, consécutif à la perforation d'un ulcus de l'estomac.

***

Les deux cas qui font le sujet de nos observations appartiennent à ceux qui présentent en clinique des difficultés souvent insurmontables de diagnostic. Ils représentent deux variétés différentes, mais fréquentes d'abcès sous-phréniques. Dans l'un, il s'agit d'une périhépatite développée dans la loge phrénohépatique droite, limitée par la coupole diaphragmatique en haut, la face supérieure du lobe droit du foie; en bas, le ligament falciforme à gauche, le ligament coronaire en arrière, la gouttière pariéto-colique à droite. Il semble lié au traumatisme opératoire qu'a subi le foie au cours d'une première intervention pour kyste hydatique trois ans auparavant, sans qu'il soit possible d'en déterminer l'exacte pathogénie. Le début a été brusque et aussitôt marqué par la douleur à l'hypocondre droit. Mais ce qui domine le tableau clinique, c'est une longue courbe de température (trois mois et demi) à oscillations

nettes, la douleur constante à l'hypocondre droit avec irradiation vers l'épaule homonyme et la gêne respiratoire (dyspnée avec crises intenses) qui vient égarer le diagnostic.

Ce cas est le type de démonstration de l'utilité du diagnostic précoce; ce diagnostic aussitôt porté, le drainage de la collection a suffi à acheminer rapidement ce malade vers la guérison.

Le second cas est un de ceux qui présente tour à tour le tableau clinique d'affections différentes. L'abcès est ici une complication d'un ulcus de l'estomac, ayant évolué d'une façon latente jusqu'à la perforation. Il est probable que la perforation ne fut pas complète au début, car l'autopsie a montré qu'il s'agissait d'un pyothorax sous-phrénique et non d'un pyopneumothorax sous-phrénique comme c'est habituellement le cas, dans les collections de la loge phrénosplénique consécutive à une rupture d'ulcus de la grande courbure.

Il s'agissait d'une propagation beaucoup plus que d'une irruption. Le début en a été brusque et l'inhibition intestinale réflexe si marquée qu'on pense tout d'abord à une occlusion. Mais l'attention est bientôt portée vers l'appareil pulmonaire et nous allons voir que les symptômes justifient cette supposition. En effet, la disparition rapide des symptômes abdominaux et la substitution d'un point de côté, de la toux, de l'expectoration, de la dyspnée et de deux vomiques à ces symptômes, suffisent à faire penser à une collection pleurale. Il est possible que ces vomiques fussent des vomissements purulents, défigurés par les efforts de toux au cours de leur production. Mais il y a plus, une ponction exploratrice retire 400 centimètres cubes de pus à pneumocoque. L'examen du malade confirme bien l'hypothèse d'une collection enkystée de la plèvre, une zone

mate occupant la base gauche. Au-dessus le poumon respire normalement, au-dessous l'abdomen est souple, la matité est uniquement thoracique, l'hypocondre gauche est sonore et peu douloureux. Ce tableau clinique n'en impose-t-il pas plus pour une pleurésie enkystée de la base que pour un abcès sous-phrénique?

Donc, voici deux cas qui représentent deux variétés différentes des abcès sous-phréniques et dont le diagnostic se heurtait à des difficultés insurmontables dans l'un d'eux.

Nous nous proposons de reprendre dans les détails les signes cliniques qu'ils présentaient, de nous rendre compte de ceux qui manquaient, et d'apprécier, en les étudiant, dans nos deux faits cliniques, la valeur des symptômes décrits comme classiques des abcès sous-phréniques.

Le problème du diagnostic de l'abcès sous-phrénique, se pose en clinique de la façon suivante:

1° *Recherche de l'existence d'une collection purulente dans la zone frontière abdomino-thoracique.*

2° *Détermination de sa situation par rapport au diaphragme.*

Quels éléments nous présentaient les deux cas que nous rapportons pour répondre à ces deux questions?

I

Existe-t-il une collection purulente dans la zone frontière abdomino-thoracique?

Dans l'*interrogatoire* de nos deux malades, l'existence d'un *point douloureux* est dominant. Dans les deux cas, la douleur se révèle, brusque et intense dès le début, elle persiste tenace pendant toute la maladie. Son siège est à retenir: dans l'un, c'est l'hypocondre droit, dans l'autre, c'est d'abord une douleur diffuse dans tout l'abdomen qui se localise par la suite dans l'hypocondre gauche. L'irradiation vers l'épaule homonyme est signalée, Lejars y attachait une certaine importance.

Parmi les phénomènes généraux, la fièvre offre chez nos deux malades un caractère particulier. C'est une longue courbe de température dans les deux cas, avec oscillations irrégulières et frissons de temps en temps. L'état général est mauvais, le teint est jaune terreux, le malade est amaigri, ne mange pas et incapable d'un effort. De plus, fait important, l'étude des signes pulmonaires et intestinaux s'est montrée peu significative et même trompeuse au cours de l'évolution de la maladie.

Dans notre observation première, pas de symptômes intestinaux, au contraire de la dyspnée et crises d'étouffe-

ment. Dans l'observation II, des signes d'occlusion intestinale au début, de la diarrhée profuse ensuite et une toux et une expectoration abondante, accidentée de deux vomiques (relatées par son médecin). Si on se reporte aux deux observations, on conviendra qu'il est difficile avec ces signes de diriger ses investigations sur un appareil plus que sur l'autre.

Donc, ces signes généraux sont l'indice d'un état infectieux et rien de plus; nous pourrons cependant pratiquer notre examen en tenant compte de la douleur constante et localisée, des oscillations thermiques, des frissons et de l'état général à titre d'indication et non de certitude, d'un foyer purulent.

Signes locaux. — L'*inspection* fut très instructive, ce qui frappa à l'examen, c'est l'existence d'une voussure dans les deux cas. Cette voussure intéresse l'hypocondre droit dans l'observation première. Elle est plus thoracique qu'abdominale. A son niveau la peau est tendue, vernissée et le siège d'une circulation complémentaire, mais ne présente pas de signes inflammatoires.

L'hémithorax correspondant est immobilisé au cours des mouvements respiratoires et légèrement élargi. Le malade est dyspnéique et présente tout à fait l'aspect d'un pulmonaire. Dans notre seconde observation, même aspect que dans le cas précédent, avec voussure siégeant à gauche, se continuant avec un élargissement de l'hémithorax remontant à la septième côte. Cependant la région n'est pas aussi tendue et tuméfiée que dans l'observation précédente. Dans les deux cas, rien à l'épigastre.

La *palpation* confirmait chez nos deux malades l'intégrité de la région épigastrique. Parfois, on note la présence d'une tuméfaction profonde accessible par l'épigastre que l'on prend pour une collection et qui n'est autre que le lobe

gauche du foie refoulé par l'abcès. Ce signe n'existait point dans notre premier cas. Au niveau de la voussure, la palpation est douloureuse, elle nous rend compte que la région est tendue, mais en aucun cas elle ne donne la sensation d'une collection ou tumeur accessible sous le rebord des fausses côtes.

La *percussion* fut très instructive, elle montre la présence d'une zone de matité absolue occupant la base correspondante, matité suspendue entre deux zones de sonorité normale. Elle permet de délimiter dans le premier cas un large territoire abdomino-thoracique antérieur et fut vraisemblablement un élément important du diagnostic. Dans le second cas, elle est moins instructive ou plus exactement trompeuse, car la matité se présentait franchement thoracique et postérieure. En avant, sonorité normale du thorax et de l'abdomen. Donc, la percussion a pris dans l'examen de nos deux malades, une place importante.

Les signes tirés de l'*auscultation* présentent aussi un réel intérêt, mais c'est surtout pour le siège des collections par rapport au diaphragme que nous aurons à la discuter. Rappelons pour l'instant que, dans nos deux cas, l'abolition du murmure vésiculaire, au niveau de la zone mate, l'absence de pectoriloquie ou d'égophonie et l'intégrité relative du reste du champ pulmonaire en sont les principaux caractères.

L'ensemble des signes précédents qui font soupçonner l'existence d'une collection purulente, trouvent leur confirmation dans la *ponction exploratrice* qui jamais ne devra être négligée. Elle est naturellement un signe de certitude de la présence d'une collection enkystée, nous verrons que quand il s'agit de lui demander de nous en préciser le siège elle a beaucoup moins de valeur. Dans notre deuxième observation elle fut pratiquée sur la ligne axillaire posté-

rieure dans le neuvième espace et se montra d'emblée positive. Elle fut abondante: 400 centimètres cubes d'un pus très fétide. Dans la première observation, elle fut jugée inutile, le diagnostic fut fait par M. le professeur Forgue avant d'arriver à la ponction.

En somme, par l'ensemble des symptômes précédents, en procédant d'une façon méthodique, il semble que le diagnostic de collection purulente enkystée de la zone frontière abdomino-thoracique, pouvait être affirmé; on était en possession du premier élément du diagnostic.

II

Quelle situation occupe cette poche par rapport au diaphragme?

La solution de ce second point du problème est beaucoup plus délicate, en raison, nous l'avons dit, du développement thoracique des collections sous-phréniques. Nous proposons de diviser ces signes en :

Signes de présomption ;
Signes de probabilité ;
Signes de certitude.

et nous verrons que les derniers sont moins fréquents que ne le disent souvent les auteurs.

Signes de présomption. — Jaccoud, Lépine et Lejars insistent sur la grande utilité de fouiller avec soin le passé du malade. L'abcès sous-phrénique est une péritonite localisée et son début, disent les auteurs, doit être marqué par des réactions péritonéales ou des symptômes en rapport avec l'organe abdominal qui en est la cause. Dans notre première observation, la notion d'une intervention sur le foie pour kyste hydatique, devait évidemment porter l'attention sur la région hépatique, mais combien cet accident est éloigné de l'affection initiale (3 ans) s'il est toutefois relié à lui.

Au contraire, un mois après le début, qui à part les douleurs, ne présente pas de caractères bien nets, apparaît une crise de dyspnée très intense, à peine calmée par la morphine, qui laisse après elle une gêne respiratoire continue avec accès de suffocations. Le malade, il est vrai, n'a jamais toussé ni craché.

Dans notre seconde observation, le début a été franchement abdominal et caractérisé par l'apparition brusque de douleurs violentes diffuses, dès les premières heures, si bien que le diagnostic d'occlusion intestinale est porté.

Dans la suite, tous les signes ont contribué à écarter l'attention du côté de l'abdomen au profit du thorax, toux et expectoration, vomiques, point douloureux thoracique, et même signes de l'examen et de la ponction sur lesquels nous reviendrons plus loin. De plus, l'ulcus gastrique causal a évolué d'une façon absolument latente jusqu'à la complication. Le malade se déclarait en santé parfaite jusqu'à sa perforation.

Cet abcès a en somme évolué suivant les deux phases classiques : symptômes abdominaux d'abord très éphémères, symptômes thoraciques ensuite prédominants.

Quoi qu'il en soit il convient d'insister sur l'étude du passé de ces malades qui fournit en général de précieux renseignements.

Signes de probabilité. — Les auteurs décrivent quelques signes particuliers qui sont fournis par l'examen local du malade. Ce sont : la diminution de l'obliquité des côtes, la situation du point douloureux plus basse que dans les affections pleuro-pulmonaires, le déplacement vertical des battements cardiaques, alors qu'il se fait latéralement dans les cas d'épanchement pleural. La limite supérieure de la matité concave en bas dans les abcès sous-phréniques,

en haut et en dedans dans les pleurésies; Lépine insiste sur l'abaissement considérable du foie dans les phrénopéritonites droites et Pfühl et Leyden attachent une grande importance à l'intégrité des poumons en dehors de la matité.

Ces signes n'ont pas tous la même valeur, la diminution de l'obliquité des côtes, le déplacement vertical des battements cardiaques, l'étude de la courbe limitant la partie supérieure de la matité, l'abaissement du foie sont difficilement perceptibles et ne deviennent décelables en clinique que dans les cas de très gros épanchements.

Chez nos deux malades, la situation de la collection ou la petite quantité du liquide les rendaient tous négatifs. Nous en voulons retenir seulement le signe de Pfühl et Leyden qui, malgré les attaques de Jaccoud, prend à nos yeux beaucoup d'importance.

Dans la première de nos observations, la base droite est sonore et la respiration est normale, à part quelques frottements pleuraux. Dans la seconde, ce signe est encore plus net: au-dessus de la matité sans transition, la respiration est normale, et même exagérée, pas de signes d'inflammation pulmonaire, pas même de réaction pleurale. Parmi les signes de probabilité, c'est le seul qui fut décelable chez nos deux malades; aussi pensons-nous qu'il doit être considéré comme un signe de réelle valeur.

Signes de certitude. — Ils sont au nombre de deux: la ponction exploratrice et la radiographie.

Dans le cas où cette ponction fut faite sur notre second malade, elle contribua largement à l'erreur commise. En effet, l'existence de la collection purulente ne faisant plus de doutes, que peut-on lui demander pour nous renseigner sur le siège de cette collection.

Il est classique de décrire à ce propos les trois signes de Schenerlen, de Pfühl et de Fürbringer. Le premier consiste dans un écoulement séreux d'abord, un écoulement purulent ensuite après avoir enfoncé l'aiguille plus profondément; le premier écoulement évacue le liquide de réaction pleurale, le second la poche sous-phrénique après la traversée du diaphragme. Le signe de Pfühl consiste dans l'augmentation de pression du liquide écoulé lors de l'inspiration; sa diminution, au contraire, lors de l'expiration. C'est le cas inverse dans les épanchements pleuraux. Le signe de Fürbringer se traduit par des mouvements d'ascension et de descente de l'extrémité extérieure de l'aiguille qui suit en sens inverse les mouvements du diaphragme. Ces signes sont très discutés dans les articles récents; ils sont rarement relatés dans les observations publiées et furent absolument négatifs dans le cas que nous avons observé.

Peut-on attendre plus de l'examen bactériologique du pus retiré? Dans notre cas, il contribua largement à égarer le diagnostic puisque il mit en évidence la présence de très nombreux pneumocoques!!! Donc, la ponction exploratrice, dont on attend beaucoup en général, n'est pas d'un grand secours si on lui demande plus que de nous révéler l'existence d'une poche purulente enkystée.

La radiographie devrait être faite dans tous les cas. Malheureusement, il fut impossible de la pratiquer dans le cas difficile que nous publions, mais les renseignements qu'elle peut nous donner sont différents suivant la composition de l'abcès.

Dans leur très belle monographie du *Journal de Radiologie* de ces derniers mois, Chassard et Mounas concluent que les abcès presque exclusivement gazeux, sont d'un diagnostic relativement facile, pour le radiologiste expéri-

menté, en raison de la zone claire facilement décelable sous le diaphragme ; les abcès contenant beaucoup de liquide et peu de gaz, se manifestent moins facilement ; mais les abcès exclusivement liquides sont d'un diagnostic très délicat en raison de la difficulté de percevoir le diaphragme et surtout le sinus costo-diaphragmatique en général comblé par des adhérences inflammatoires secondaires.

En somme, il ressort de l'étude détaillée de nos deux observations, que plus on veut préciser le diagnostic, plus les signes se montrent incertains. Parmi les nombreux symptômes décrits par les auteurs pour déceler le siège sous-diaphragmatique de ces collections, seuls prennent de la valeur l'étude fouillée du début et de l'évolution de la maladie et l'intégrité des poumons en dehors de la zone mate, et l'on peut dire qu'à part ces deux exceptions, qui représentent des signes de probabilité, les signes de présomption sont très difficilement décelables, les signes dits de certitude sont très souvent trompeurs.

CONCLUSION

I. — Le diagnostic des abcès sous-phréniques à contenu liquide s'établit en clinique suivant deux étapes :

1° L'existence d'une collection purulente dans la zone frontière abdomino-thoracique ;

2° Son siège par rapport au diaphragme.

Le premier point est relativement facile à déceler. Le second se heurte, dans certains cas, à de grosses difficultés.

II. — Les nombreux signes décrits par les classiques sont souvent négatifs et, quand ils existent, parfois trompeurs. Il convient de ne pas attacher à la ponction exploratrice une importance aussi grande que celle qu'on lui prête. Elle permet d'affirmer l'existence d'une collection mais n'en précise point le siège.

III. — Par contre, il convient d'étudier particulièrement, pour établir le diagnostic, le mode début de l'affection et l'état de l'appareil pulmonaire en dehors de la matité : les symptômes nettement abdominaux ou péritonéaux au début et l'intégrité du champ pulmonaire en dehors de la zone mate, constituent des signes importants en faveur du siège sous-phrénique de la collection.

IV. — Les abcès sous-phréniques sont très souvent encore une trouvaille d'opération ou d'autopsie.

BIBLIOGRAPHIE

Anastaze. — *Thèse Montpellier,* 1907.

André. — *Revue de Médecine,* 1901, p. 909.

D'Arcy Power. — *Brit. med. Journ.,* 1906.

Beck. — *New-York Med. Rec.,* 15 fév. 1895.

Beredska. — *Thèse de Paris,* 1896.

Bilot. — *Thèse de Paris,* 1909.

Cauderay. — *Thèse de Paris,* 1902.

Chassard. — *Journ. électrologie et radiologie,* t. IV, n° 3, 1920.

Daplès. — *Thèse Toulouse,* 1900.

Determann. — *Deuts. Med. Wochens.,* 1907, p. 709.

Fürbringer. — *Deuts. Med. Wochens.,* 1886, p. 139.

Faure (J.-L.). — XV^e^ Congrès de chir., p. 432.

Guibal. — *Revue de chirurgie,* 1909.

Gély. — *Thèse de Paris,* 1906.

Julliard. — *Revue de chir.,* 1904, p. 245.

Lanée. — *Gaz. des Hôp.,* 1908, n^os^ 60 et 63 ; 1909, n^os^ 6 et 9.

Lasmartres. — *Thèse de Paris,* 1914.

Lauenstein. — *Brit. Med. Journ.,* 10 oct. 1895.

Loison. — *Revue de chirurgie,* 1900-06.

Martinet. — *Thèse de Paris,* 1898.

Picquand. — *Revue de chirurgie,* 1909.

Picqué (R.). — *Revue de chirurgie,* 1910.

Pfühl. — *Berl. Klin. Wochens.,* 1877, p. 57.

Rallier du Batty. — *Thèse Lille,* 1902.

Schlesinger. — *Wien. Med. Presse,* 1896, n° 4 et n° 5.

Scheuerlain. — *Ann. de la Charité, Berlin,* 1889.

Tastivint. — *Thèse de Paris,* 1908.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 12 novembre 1920.
Le Recteur.
Jules COULET.

Vu et approuvé,
Montpellier, le 12 novembre 1920.
Pour le Doyen :
L'Assesseur délégué,
FORGUE.